SERVICE CORRECTIONNEL CANADA

TRANSFORMONS DES VIES. PROTÉGEONS LES CANADIENS.

RAPPORT DE RECHERCHE

Examen du continuum de soins de santé mentale

2018 Nº R-410

This report is also available in French. Should additional copies be required, they can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Ce rapport est également disponible en français. Pour en obtenir un exemplaire, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

Correctional Service Canada | Service correctionnel Canada

Canada

Examen du continuum de soins de santé mentale pour un échantillon de délinquants sous responsabilité fédérale ayant une déficience grave liée à un trouble mental

Lynn Stewart

Kaitlyn Wardrop

Jennie Thompson

Geoff Wilton

et

Kayla Wannamaker

Service correctionnel du Canada

Juin 2018

Remerciements

La présente étude a été rendue possible grâce à la participation de nombreuses personnes. La Direction de la santé mentale a commandé l'étude en réponse au plan d'action de la gestion concernant la recommandation n° 10 de l'Évaluation des Services de santé du SCC (SCC, 2017). Nous remercions Michael Martin, Marie-France Lapierre et Stacey Feeley de la Direction de la santé mentale pour leurs conseils sur la méthode et avoir donné accès aux données.
Brigitte Deblois et l'équipe de l'évaluation ont rencontré notre équipe afin de clarifier la portée du projet. Jaya Patni a fourni des éclaircissements sur le travail des agents de libération conditionnelle, tandis que Cindy Cooper Johnson et son équipe ont contribué à la saisie des données. Gurjit Toor a fourni des indications utiles sur le processus de planification de la mise en liberté dans la collectivité. Nous remercions tout particulièrement Ryan Miller pour son assistance avec l'examen de la littérature et la bibliographie annotée.

Résumé

Mots clés : *santé mentale, continuum de soins, planification de la continuité des soins, services de santé mentale dans la collectivité, déficience sévère liée à un trouble mental, délinquants*

Nous avons sélectionné des délinquants sous responsabilité fédérale ayant une déficience importante liée à un trouble mental en vue d'un examen des dossiers visant à déterminer dans quelle mesure ces délinquants ont bénéficié du continuum de soins pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale. Tous les délinquants inclus dans l'étude étaient en liberté depuis au moins deux mois et avaient reçu l'un des diagnostics suivants : trouble dépressif majeur, trouble bipolaire ou trouble psychotique. Ils avaient tous une cote de 50 ou moins selon l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement, indiquant une déficience grave ou sévère.

À partir de cet échantillon, nous avons évalué le continuum de soins pour 40 délinquants. La sélection de ces délinquants a été faite de façon à assurer la représentation des femmes et des Autochtones, et les dossiers d'hommes étaient répartis de façon égale entre les régions. De plus, l'échantillon incluait les délinquants libérés le plus récemment. Les délinquants inclus dans l'examen des dossiers électroniques étaient majoritairement non autochtones (70 %) et de sexe masculin (75 %); la moitié présentaient un risque statique élevé et 65 % avaient des besoins élevés liés aux facteurs dynamiques.

L'examen des dossiers des délinquants sélectionnés révèle que la majorité d'entre eux ont reçu des services de santé pendant leur incarcération. De plus, la majorité (86 %) de ceux qui avaient encore des besoins en matière de santé mentale à leur mise en liberté ont bénéficié d'une certaine forme de planification afin de répondre à leurs besoins en matière de santé mentale dans la collectivité, et tous les délinquants qui avaient des besoins importants à la mise en liberté ont reçu des services de santé mentale dans la collectivité. Au total, plus des deux tiers des délinquants ont bénéficié du continuum de soins complet.

Un autre objectif de l'étude était de déterminer dans quelle mesure les services de santé mentale ou la planification de la continuité des soins étaient inscrits dans les dossiers électroniques. Nous avons constaté que pendant la période visée par l'étude, il était difficile d'obtenir l'information pertinente pour évaluer le continuum de soins. Les Services de santé du Service correctionnel du Canada sont en train de mettre en œuvre le dossier médical électronique, et les modifications prévues devraient améliorer l'accès aux données et faciliter leur extraction.

Nous recommandons que la Direction de la santé mentale révise ses méthodes afin d'améliorer la tenue des dossiers électroniques, ce qui permettra de faire un suivi plus efficace du degré de soutien et des services que reçoivent les délinquants ayant des problèmes de santé mentale pendant leur peine. En outre, l'ajout d'un indicateur dans le Système de gestion des délinquant(e)s (SGD) alertant le personnel qu'il est temps de commencer la planification de la continuité des soins laisserait un délai suffisant pour assurer une planification prélibératoire efficace dans les cas complexes.

En résumé, après l'examen de l'échantillon dirigé constitué de délinquants ayant des besoins

importants en matière de santé mentale, nous avons constaté que la plupart des dossiers contenaient de l'information indiquant que les délinquants avaient bénéficié du continuum de soins complet. Néanmoins, pour y arriver, nous avons dû examiner de nombreux documents. Il est essentiel de tenir des dossiers clairs, cohérents et accessibles pour permettre un suivi continu de l'éventail complet des soins reçus par les délinquants pendant toute la durée du mandat.

Table des matières

Remerciements ii

Résumé iii

Liste des tableaux v

Introduction 1

Notre étude 4

Méthode 7

Participants 7

Procédure et approche analytique 8

Analyses 10

Résultats 11

Services de santé mentale en établissement 11

Planification prélibératoire des besoins en matière de santé mentale 11

Services de santé mentale dans la collectivité 12

Continuum de soins de santé mentale 13

Disponibilité et accessibilité de l'information sur les besoins en matière de santé mentale dans les dossiers électroniques 14

Analyse 17

Incidences 18

Limites 18

Bibliographie 20

Annexe A : Analyse supplémentaire 22

Annexe B : Manuel de codage du continuum de soins 25

Liste des tableaux

Tableau 1 15
Participation au continuum de soins par les délinquants ayant une déficience importante (n = 40) 15
Tableau 2 16
Sources d'information utilisées pour évaluer la planification prélibératoire des besoins en matière de santé mentale et en services dans la collectivité Services (n = 40) 16
Tableau A1 Profil des délinquants, par groupe 22
Tableau A2 Diagnostic actuel de santé mentale, par groupe 23

Introduction

Il est unanimement admis dans la littérature internationale que la prévalence des troubles mentaux graves est plus élevée chez les délinquants que dans la population générale (p. ex. Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici et Trestman, 2016). On observe ce phénomène de façon constante, même quand on fait exclusion des troubles de la personnalité et de la toxicomanie (Beaudette, Power et Stewart, 2015). Selon des enquêtes récentes sur la prévalence des troubles mentaux chez les hommes purgeant une peine de ressort fédéral (Beaudette, Power et Stewart, 2015) et les femmes incarcérées (Derkzen, Barker, McMillan et Stewart, 2017), 73 % des hommes et 79 % des femmes avaient au moins un trouble, et au moins 40 % d'entre eux affichaient une déficience sévère liée à ces troubles.

La littérature est également cohérente par rapport aux principes des pratiques exemplaires recommandées pour la prestation de soins de santé en milieu correctionnel. Un système de soins complet devrait comprendre l'évaluation préliminaire du type et de la gravité du trouble mental et la détermination de l'intensité du traitement requis pendant l'incarcération; la prestation du degré de soins approprié selon cette évaluation; la planification de la continuité des soins dans la collectivité; et, enfin, la prestation de services de santé mentale dans la collectivité ou leur facilitation par un agent de libération conditionnelle ou de gestion des cas (Baron, Erlenbusch, Moran, O'Connor, Rice, Rodriguez et Salazar, 2008; Groupe de travail FPT, 2012; Lurigio, Rollins et Fallon, 2004; Wang, Hong, Samuels, Shavit, Sanders et Kushel, 2010). Malgré la complexité des méthodologies permettant une évaluation globale de l'incidence de ces processus complets, les études ont généralement confirmé que les participants bénéficient des services et que cela contribue à une réduction de la récidive chez les participants par rapport aux non-participants (Kesten, Leavitt-Smith, Rau, Shelton, Zhang, Wagner et Trestman, 2007; Mayfield, 2009; Wang et coll., 2010).

La prestation des services de santé mentale dans la collectivité (SSMC), qui représentent les « soins transitoires » menant à la mise en liberté et après celle-ci, est l'un des principaux éléments de la Stratégie en matière de santé mentale du Service correctionnel du Canada (SCC). Ces services comprennent la planification de la continuité des soins par les travailleurs sociaux cliniques ou le personnel infirmier dans les établissements pour hommes et pour femmes (SCC, 2012); les services offerts par des spécialistes de la santé mentale dans la collectivité (travailleurs

sociaux cliniques et membres du personnel infirmier) pour aider les délinquants ayant des troubles mentaux qui vivent dans la collectivité; les services de psychologie offerts aux délinquants dans la collectivité pour assurer la continuité des services et répondre aux besoins spéciaux des délinquants ayant des troubles mentaux dans la collectivité; ainsi que la sensibilisation à la santé mentale et d'autres formations offertes au personnel correctionnel en établissement, dans la collectivité, dans les maisons de transition et dans les bureaux de libération conditionnelle et aux partenaires communautaires, etc. La Stratégie en matière de santé mentale expose l'engagement à assurer la continuité des services et à mieux préparer les délinquants ayant des troubles mentaux à leur retour dans la collectivité (SCC, 2012). Des mécanismes efficaces d'échange d'information et de collaboration pour faciliter leur transition entre les services de santé offerts en établissement et ceux offerts dans la collectivité sont essentiels pour favoriser la réinsertion sociale des délinquants ayant des troubles mentaux (SCC, 2012).

Depuis 2005, le SCC a mis en place des services de santé mentale dans la collectivité conçus pour inclure la planification de la continuité des soins et les services de suivi de la santé mentale dans la collectivité par le personnel en santé mentale du SCC. Une étude réalisée en 2014 sur l'incidence de ce processus sur le taux de récidive révèle que si la participation à la planification de la continuité des soins et aux séances de santé mentale dans la collectivité est associée à une réduction de la récidive, les services de planification de la continuité des soins, à eux seuls, n'influencent pas le taux de récidive. Les auteurs ont toutefois précisé que les différences entre les groupes ayant reçu uniquement des services de planification de la continuité des soins et ceux ayant bénéficié en plus d'un suivi dans la collectivité peuvent avoir contribué à ce constat (Farrell MacDonald, Stewart et Feeley, 2014).

Différents volets du continuum de soins sont présentés comme des éléments clés du processus, même s'il est souvent difficile de les mettre en œuvre. Par exemple, il a été observé que la qualité de la planification de la continuité des soins peut varier; notamment, à leur mise en liberté, les délinquants reçoivent une provision insuffisante de médicaments psychiatriques (habituellement pour deux semaines), ce qui leur laisse très peu de temps pour faire renouveler leurs ordonnances après la libération. L'Évaluation des Services de santé du SCC révèle que plusieurs délinquants ont été mis en liberté sans la provision de médicaments requise de deux semaines (n=4). Dans une autre étude portant sur les délinquantes dans la collectivité, des

participantes ont indiqué que les longs délais de traitement et l'interruption du renouvellement des ordonnances étaient des éléments perturbateurs pendant la transition (Thompson et coll., 2015). Un autre facteur est que la prise en charge financière des médicaments n'est souvent pas obtenue avant la mise en liberté, ce qui entraîne presque automatiquement une interruption des traitements. Fait intéressant, dans une autre étude sur les délinquantes mises en liberté dans la collectivité, il est souligné que beaucoup de ces femmes ont des besoins en matière de santé mentale, mais n'ont pas reçu de diagnostic officiel. Or, cela nuit à l'obtention de services de santé mentale dans la collectivité, puisque l'aide fédérale est subordonnée au diagnostic d'un trouble de l'Axe 1 (Thompson et coll., 2015). Favoriser la préparation de cas en temps utile, ce qui comprend la prise de contact avec les ressources communautaires bien avant la mise en liberté et le début de la planification de la continuité des soins dès que possible, constitue une pratique exemplaire.

Selon l'Évaluation des Services de santé du SCC (SCC, 2017), le processus d'évaluation initiale de la santé mentale était efficient, et presque tous les délinquants ont été soumis à une évaluation du Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI). Qui plus est, presque tous (95 %) les délinquants ayant besoin d'un suivi ont reçu les services requis dans le délai prescrit de 50 jours suivant l'admission. Cependant, des obstacles ont été relevés en ce qui a trait au continuum de soins. Les membres du personnel interrogés ont affirmé avoir de la difficulté à assurer la continuité des soins de santé lors des transfèrements; les problèmes les plus couramment mentionnés concernaient la gestion des médicaments et le manque de communication. L'une des causes principales de la discontinuité des soins de santé mentale était liée au fait que certains délinquants n'ont pas de carte de santé. Le rapport indique que l'information dans le SGD à cet égard est incomplète et qu'il est difficile d'établir le pourcentage de délinquants n'ayant pas de carte de santé à leur mise en liberté. Dans certaines provinces et certains territoires, les délinquants doivent attendre jusqu'à la mise en liberté pour demander une carte de santé, et le processus peut même nécessiter l'obtention préalable de documents de citoyenneté. Les agents de libération conditionnelle dans la collectivité et les membres du personnel de santé mentale dans la collectivité peuvent aider les délinquants à obtenir les cartes de santé après leur mise en liberté, mais ils se heurtent à des obstacles comme l'absence de documents de citoyenneté, le manque d'argent pour payer les frais exigés et d'autres problèmes liés à la demande d'une carte de santé dans une autre province ou

un autre territoire. Un accord interprovincial garantit aux délinquants une protection de base en matière de santé pour les trois premiers mois en attendant leur carte, mais seulement la moitié des membres du personnel interrogés étaient au courant de cet accord.

Des membres du personnel interrogés dans le cadre de l'Évaluation ont exprimé leur insatisfaction à l'égard du préavis souvent insuffisant pour bien planifier la continuité des soins, problème qu'ils attribuent aux décisions prises lors des audiences de libération conditionnelle ou aux déplacements entre établissements. Cela dit, beaucoup d'entre eux estiment que l'on pourrait prévenir ce problème puisque certains de ces délinquants sont incarcérés depuis des années. Pendant les entrevues, les membres du personnel ont fait remarquer que les délais dans le lancement de la planification de la continuité des soins réduisent le temps disponible pour communiquer avec les organismes communautaires, obtenir les documents de santé pour les délinquants qui s'apprêtent à être libérés et inscrire les délinquants sur les listes d'attente pertinentes. Cela est particulièrement vrai dans les cas complexes. Dans leur étude, Thompson et ses collègues ont confirmé qu'il s'agissait d'un problème; moins de la moitié des agents de libération conditionnelle estimaient avoir assez de temps pour planifier la mise en liberté des détenues ayant des besoins complexes (Thompson et coll., 2015). Malgré ces obstacles, la plupart (75 %) des délinquants examinés dans le cadre de l'Évaluation et qui avaient un plan de continuité des soins ont fait l'objet d'un suivi dans la collectivité.

Notre étude

La présente étude donne suite au plan d'action de la gestion concernant la recommandation 10 (Services de planification clinique de la continuité des soins et de santé mentale dans la collectivité) de l'Évaluation des Services de santé du SCC. Selon cette recommandation, le SCC devrait : 1) revoir le modèle de prestation de services de santé mentale dans la collectivité afin de s'assurer que ces services sont fournis aux délinquants dont les besoins en matière de santé mentale sont les plus importants; 2) s'assurer que les activités de planification de la continuité des soins font l'objet d'un suivi dans des systèmes d'information électroniques. Selon la recommandation 6 de l'Évaluation, le SCC devrait s'assurer que les délinquants sont dirigés vers les bons services de santé mentale en mettant en œuvre des pratiques de gestion efficaces pour veiller à ce que les renseignements actuels sur le niveau de besoins du délinquant soient consignés de façon électronique et que les dossiers antérieurs soient conservés.

Notre étude visait donc à déterminer si les délinquants d'une cohorte ayant une déficience importante liée à un trouble mental ont bénéficié d'un continuum de soins de santé mentale pendant qu'ils étaient surveillés par le SCC. Le continuum complet de soins est défini comme la prestation de trois volets : 1) traitement ou services fournis pendant l'incarcération; 2) planification appropriée de la continuité des soins avant la mise en liberté; 3) prestation rapide de services dans la collectivité après la mise en liberté.

Voici les questions de recherche examinées :

1) Quelle est la proportion de délinquants ayant reçu des services ou un traitement de santé mentale pendant leur incarcération?
    a. Quels types de services et de traitement de santé mentale ont-ils reçus?
2) Quelle est la proportion de délinquants dont le dossier indiquait que des activités de planification avaient été menées pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale et faciliter leur réinsertion sociale?
    a. Quels types d'activités de planification ont été menées avant la mise en liberté?
    b. Combien de délinquants de l'échantillon étaient considérés comme ayant un besoin en matière de santé mentale exigeant une planification de la réinsertion sociale au moment de la mise en liberté?
3) Quelle est la proportion de délinquants ayant reçu une forme quelconque de services de santé mentale pendant qu'ils étaient surveillés dans la collectivité?
    a. Quels types de services ont-ils reçus?
    b. Est-ce qu'il y avait des différences entre la planification prélibératoire et les services reçus dans la collectivité?
    c. Quels étaient les obstacles au soutien de la santé mentale dans la collectivité?
4) Enfin, quelle est la proportion de délinquants ayant bénéficié du continuum de soins complet pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale?

Le manque de cohérence de l'inscription dans les dossiers électroniques des services de santé mentale ou de la planification de la continuité des soins sera évalué par les questions suivantes :

5) Combien de dossiers de délinquants contenaient un plan clinique de continuité des soins?
6) En l'absence d'un plan clinique de continuité des soins, quelles sources d'information contenaient de l'information sur la planification du soutien en matière de santé mentale

relativement à la réinsertion sociale?

a. Dans quelle mesure cette information était-elle accessible?

Méthode

Participants

Les délinquants qui avaient été évalués à l'aide de l'entrevue clinique structurée pour le DSM (ECSD) dans le cadre de deux études antérieures[1] visant à déterminer la prévalence des troubles mentaux au SCC (Beaudette, Power et Stewart, 2015; Brown et coll.[2], sous presse) ont été sélectionnés afin d'être inclus dans l'examen des dossiers électroniques de l'évaluation du continuum de soins de santé mentale. Parmi les délinquants interrogés pour ces deux études, 66 remplissaient les critères suivants :

1) avaient des résultats d'une entrevue diagnostique après l'admission dans un établissement fédéral et avaient été libérés sous surveillance dans la collectivité depuis au moins deux mois et sans subir de suspension, révocation, décès, expulsion ou extradition;
2) présentaient une déficience importante liée à un trouble mental (p. ex. un des diagnostics suivants : trouble dépressif majeur, trouble bipolaire I, trouble bipolaire II ou trouble psychotique, ainsi qu'une évaluation selon l'échelle globale de fonctionnement de 50 ou mois, c.-à-d. un niveau associé à une déficience grave ou sévère.

---

[1] L'étude a déterminé les taux de prévalence des principaux troubles de santé mentale chez 1 110 délinquants de sexe masculin à l'aide de l'entrevue clinique structurée pour les troubles de l'Axe I et de l'Axe II du DSM (ECSD-I et ECSD-II). On a déterminé les taux de prévalence actuelle et pour la vie entière des troubles suivants : 1) troubles de l'humeur; 2) troubles psychotiques; 3) troubles liés à la consommation de substances; 4) troubles anxieux; 5) troubles alimentaires; 6) jeu pathologique; 7) trouble de la personnalité antisociale et 8) trouble de la personnalité limite. On a recueilli des données dans les centres de réception de chaque région, de mars 2012 à septembre 2014. À l'exception des délinquants qui présentaient un risque pour la sécurité, on a demandé à tous les délinquants admis en vertu d'un nouveau mandat de dépôt de participer. Le taux national de consentement a été de 78 %.

[2] L'étude a déterminé les taux de prévalence des principaux troubles de santé mentale chez les délinquantes détenues dans un établissement du SCC. À l'aide de l'entrevue clinique structurée pour les troubles de l'Axe I et de l'Axe II du DSM (SCID-I et SCID-II), les troubles suivants ont été évalués : 1) troubles de l'humeur; 2) troubles psychotiques; 3) troubles liés à la consommation de substances; 4) troubles anxieux; 5) troubles de l'alimentation; 6) jeu pathologique; 7) trouble de la personnalité antisociale et 8) trouble de la personnalité limite. On a obtenu à la fois les taux de prévalence pour la vie entière ou de prévalence actuelle (c.-à-d. dans le dernier mois). De février à octobre 2016, des femmes détenues ont été invitées à participer à l'entrevue diagnostique. Au total, 154 femmes provenant des cinq régions ont consenti à participer à l'étude et ont été incluses dans l'échantillon de détenues. De plus, six autres femmes du Centre psychiatrique régional ont été invitées à participer à l'entrevue diagnostique en décembre 2017, s'ajoutant aux 86 femmes invitées à participer entre octobre 2016 et octobre 2017. Au total, 246 femmes des cinq régions ont accepté de participer et ont été incluses dans l'étude, dans l'échantillon à l'admission.

Nous considérions que les délinquants ayant ces troubles mentaux et ce degré de déficience rempliraient les critères de l'étude comme personnes « ayant une déficience importante liée à un trouble mental ».

L'évaluation du continuum de soins a été réalisée pour 40 (61 %) de ces 66 délinquants. Cette sélection n'était pas aléatoire; il s'agissait plutôt de s'assurer que les femmes et les Autochtones étaient représentés. Les dossiers d'hommes ont été sélectionnés pour garantir une répartition égale entre les régions et figuraient parmi les mises en liberté les plus récentes. Ainsi, l'examen des dossiers pouvait être axé sur les délinquants qui représentent le plus fidèlement la pratique actuelle en matière de santé mentale.

Les participants inclus dans l'examen des dossiers électroniques étaient majoritairement des délinquants non autochtones (28/40 = 70 %; voir le tableau A1 à l'annexe A) et de sexe masculin (75 %) ayant des cotes élevées au chapitre du risque statique (48 %) et des besoins liés aux facteurs dynamiques (75 %). La plupart des délinquants avaient un potentiel de réinsertion sociale faible (45 %) ou moyen (48 %). La moitié d'entre eux purgeaient des peines de moins de quatre ans, et la plupart (80 %) avaient été condamnés pour des crimes avec violence. Les cinq régions étaient représentées (allant de 15 % dans la région du Québec à 30 % dans la région des Prairies). Près des trois quarts (70 %) des délinquants inclus dans l'examen des dossiers ont obtenu une mise en liberté non discrétionnaire. Compte tenu de la stratégie d'échantillonnage dirigé, nous avons examiné les différences entre les délinquants inclus et exclus. Les deux groupes étaient similaires, à quelques exceptions notables près. Les délinquants exclus étaient plus susceptibles de purger des peines plus courtes pour des infractions sans violence (voir le tableau A1 à l'annexe A).

Tous les délinquants inclus avaient reçu, à la date de leur entrevue, un diagnostic de trouble mental important associé à une déficience grave (ou sévère) selon l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (note $\leq$ 50). Près de la moitié des délinquants inclus dans l'examen des dossiers avaient reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur (voir le tableau A2 à l'annexe A). La majorité des délinquants remplissaient aussi les critères de toxicomanie, d'anxiété ou de trouble de la personnalité limite. Tous les délinquants inclus présentaient des diagnostics de troubles concomitants.

Procédure et approche analytique

Nous avons utilisé les trois sources d'information suivantes pour obtenir des données et

procéder aux analyses statistiques : 1) les bases de données du SGD; 2) le Système de suivi de la santé mentale (SSSM)[3]; 3) OSCAR (acronyme anglais de Open Source Clinical Application Resource)[4]. Nous avons interrogé ces bases de données pour examiner les services de santé mentale en établissement reçus par les délinquants entre leur admission et le début de leur mise en liberté. À moins d'indication contraire, une synthèse résultant de la triangulation de l'information contenue dans toutes les sources de données sera présentée.

Nous avons eu recours à de multiples sources de données pour réunir les informations pertinentes sur la planification de la mise en liberté et le soutien offert aux délinquants : notes de service au dossier, Rapport sur l'essentiel de l'état de santé à la mise en liberté (CSC/SCC 1371), notes de synthèse OSCAR, registre des interventions et, au besoin, documents du plan correctionnel.

L'examen des dossiers électroniques a remonté jusqu'à environ six mois avant la mise en liberté. L'objectif était de recueillir l'information pertinente sur la planification des besoins en matière de santé mentale relativement à la première mise en liberté survenue après le diagnostic. Nous avons recueilli des renseignements sur ce qui suit :

- les renvois ou les demandes remplies (à un omnipraticien ou un spécialiste en santé mentale en dehors du SCC, aux services de santé mentale dans la collectivité du SCC, etc.);
- les mesures de mise en œuvre inscrites dans le dossier (renvois acceptés ou refusés, transfert ou non aux membres du personnel dans la collectivité, responsabilité de la mise en œuvre relevant ou non du délinquant, etc.);
- les détails sur les médicaments prescrits pour la période post-libératoire dans le cadre de la planification de la continuité des soins effectuée en établissement.

Nous avons suivi les délinquants pendant les deux à six mois suivant leur mise en liberté afin de recueillir des données sur les services qu'ils ont reçus dans la collectivité. Cela incluait l'information sur d'éventuels nouveaux renvois et sur la prestation des services. Les délinquants

---

[3] Le Système de suivi de la santé mentale (SSSM) a été créé dans le but de normaliser la collecte des données et de permettre la production de rapports uniformisés sur le continuum de services de santé mentale offert par le SCC. Le Service est tenu de compiler des données sur les services de santé mentale à l'appui des rapports internes et externes qui doivent être produits (Direction de la santé mentale du SCC, 2012). Ce système a calculé les données de 2012 à 2016.

[4] OSCAR est utilisé comme dossier médical électronique au SCC. Le programme a été mis en œuvre en 2017, et le SCC s'affaire actuellement à l'adapter.

ont fait l'objet d'un suivi jusqu'à ce qu'ils fassent l'objet d'une suspension ou d'une révocation, ou pendant six mois. De plus, les obstacles qui ont empêché les délinquants d'être renvoyés à des services ou d'en bénéficier ont été notés. L'annexe B fournit une copie du manuel de codage.

Analyses

Les statistiques descriptives, comme les pourcentages et les fréquences, ont été calculées afin d'évaluer la participation des délinquants aux services de santé mentale en établissement, la planification de la continuité des soins effectuée par les agents de libération conditionnelle, ainsi que la participation des délinquants aux services dans la collectivité ou la facilitation des services pour les délinquants par les agents de libération conditionnelle. La section des résultats met en évidence l'information qui a une signification pratique. Il a été impossible de ventiler les données par sexe, région ou origine autochtone en raison des faibles nombres.

Résultats

Les résultats sont présentés en cinq sections. Les quatre premières sections indiquent dans quelle mesure : les services de santé mentale ont été fournis dans les établissements; la planification de la continuité des soins afin de répondre aux besoins en matière de santé mentale a été effectuée; les services de santé mentale dans la collectivité ont été facilités à la mise en liberté; les délinquants ont bénéficié du continuum de soins complet. La dernière section fait un survol de la disponibilité et de l'accessibilité des renseignements sur la santé mentale dans les dossiers électroniques des délinquants.

Services de santé mentale en établissement

Les renseignements au dossier combinant le codage du SGD, d'OSCAR et de l'ancien Système de suivi de la santé mentale (SSSM) indiquent que la majorité des délinquants ont reçu une forme de traitements ou de services de santé mentale pendant leur incarcération (80 %, n = 32). Les traitements ou services comprennent la thérapie comportementale dialectique, les services psychiatriques, le counseling avec un membre du personnel infirmier en santé mentale et l'admission dans un centre régional de traitement. Au total, 20 % des délinquants de l'échantillon ont été admis dans un centre régional de traitement à un certain moment de leur peine en milieu carcéral[5].

OSCAR a été mis en place récemment, et le SCC s'affaire à l'adapter. Il n'est donc pas surprenant de constater que seulement 58 % des délinquants de l'échantillon avaient des dossiers OSCAR examinables aux fins de notre étude. Grâce à OSCAR, il a été possible de déterminer le nombre de délinquants pour lesquels l'Échelle des besoins en santé mentale (EBSM) avait été remplie. L'Échelle sert à évaluer le niveau des besoins en matière de services de santé mentale. Dix délinquants avaient une EBSM remplie (43 %) et, de ce nombre, 70 % présentaient un besoin élevé ou considérable.

Planification prélibératoire des besoins en matière de santé mentale

Compte tenu de la nature dynamique des besoins en matière de santé mentale, nous avons

[5] Selon les données inscrites seulement dans OSCAR, aucun délinquant n'a été admis dans un centre régional de traitement pour y recevoir des soins intermédiaires pendant la période visée par l'étude, peut-être parce que cette option de traitement avait été ajoutée récemment aux services de soins psychiatriques offerts au SCC.

examiné les dossiers électroniques pour vérifier si les délinquants qui remplissaient notre critère de « déficience grave liée à un trouble mental » lors de l'évaluation initiale avaient encore des besoins importants dans ce domaine avant leur mise en liberté. Ainsi, nous avons déterminé que 28 % des délinquants *n'avaient pas* un besoin en matière de santé mentale au moment de leur mise en liberté si l'on se fie à leur dossier. Pour les besoins du présent examen, nous avons considéré que les autres délinquants avaient encore des besoins en matière de santé mentale. Une planification des besoins en matière de santé mentale avait été effectuée avant la mise en liberté pour 86 % de ces délinquants. Cette information avait été consignée électroniquement de différentes façons, notamment dans le rapport de planification de la continuité des soins de santé mentale dans la collectivité, le Rapport sur l'essentiel de l'état de santé à la mise en liberté et d'autres renseignements dans les bases de données du SGD, du SSSM et de OSCAR. L'information relative à la planification prélibératoire n'était pas accessible de manière uniforme dans les sources, et elle n'a pas été inscrite systématiquement. Dans l'ensemble, la planification prélibératoire était généralement adaptée aux besoins particuliers de chaque délinquant, et la plupart des plans comprenaient des renvois aux services de santé mentale dans la collectivité du SCC ou à des omnipraticiens, ou encore des ordonnances.

Services de santé mentale dans la collectivité

Tous les délinquants qui avaient encore un besoin en matière de santé mentale au moment de leur mise en liberté ont reçu une forme de traitement ou de soutien en santé mentale dans la collectivité. Une fois dans la collectivité, la majorité des délinquants ont reçu le traitement ou les services qui avaient été planifiés avant leur mise en liberté. Quand des renseignements disponibles indiquaient des renvois additionnels au moment de la mise en liberté, il s'agissait le plus souvent de renvois aux services de santé mentale du SCC dans la collectivité et, dans une moindre mesure, de renvois à des omnipraticiens, à des services de santé mentale ne relevant pas du SCC ou à un traitement résidentiel ou médical contre la toxicomanie.

Même si tous les délinquants de l'échantillon ont reçu une forme de soutien en santé mentale pendant leur période de liberté, plus la moitié des dossiers font état d'obstacles à l'obtention des services et du soutien nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé mentale dans la collectivité. Trois grands thèmes ont été relevés : les problèmes liés aux délinquants, les problèmes d'ordre administratif et les problèmes liés à l'obtention de services de santé non pris en charge par le SCC dans la collectivité. En ce qui a trait aux problèmes liés aux délinquants, on

notait souvent le fait que le délinquant n'aime pas certains types de soutien, comme les AA ou un psychologue en particulier, le refus de prendre les médicaments, la méfiance à l'égard des psychiatres du SCC, le refus de subir les examens préalables exigés pour les médicaments de santé mentale, le plan de traitement non suivi, le refus du traitement ou la non-participation, et le manque d'engagement. Les défis d'ordre administratif comprenaient la planification prélibératoire effectuée sans la participation d'un psychologue qui modifiait ensuite les recommandations, l'assurance maladie non activée, les listes d'attente pour les services non pris en charge par le SCC, les courts délais de surveillance dans la collectivité en raison de la fin de la peine du délinquant ou de sa réincarcération, et la pénurie de médicaments. Un thème relevé dans plusieurs dossiers concernait les services de santé qui ne sont pas pris en charge par le SCC dans la collectivité. Par exemple, l'omnipraticien refusait de renvoyer le délinquant à un psychologue ou de lui prescrire certains médicaments en vue de prévenir un comportement potentiel de recherche de drogue.

Continuum de soins de santé mentale

Comme l'indique le tableau 1, chez les délinquants qui avaient selon nous encore des besoins en matière de santé mentale, 69 % ont bénéficié du continuum complet de soins pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale. Pour satisfaire à cette exigence, les délinquants devaient avoir reçu un traitement ou des services en établissement, la planification de la continuité des soins de santé mentale devait être inscrite dans leur dossier, et ils devaient avoir reçu un certain niveau de soins alors qu'ils étaient surveillés dans la collectivité.

Compte tenu des problèmes causés par l'information manquante, nous avons fait un examen ultérieur pour savoir pourquoi les personnes pourraient ne pas avoir bénéficié du continuum complet de soins de santé mentale. Bien que les conclusions de cet examen soient limitées par l'information manquante, il semble que les délinquants qui n'ont pas bénéficié du continuum de soins avaient des besoins plus faibles en matière de santé mentale et étaient plus susceptibles de refuser les services. De plus, ceux dont le dossier indiquait qu'ils n'avaient pas reçu de services de santé mentale en établissement avaient bénéficié d'un certain niveau de soins pendant leur incarcération, mais cela ne figurait pas dans le SSSM (p. ex. traitement contre la toxicomanie, rencontres avec un membre du personnel infirmier en santé mentale).

Disponibilité et accessibilité de l'information sur les besoins en matière de santé mentale dans les dossiers électroniques

Un autre objectif de l'étude était d'examiner les problèmes liés à l'inscription des services de santé mentale en établissement ou dans la collectivité et de la planification de la continuité des soins.

L'examen des dossiers montre que seulement 31 % des délinquants qui avaient selon nous encore des besoins en matière de santé mentale à leur mise en liberté avaient, dans leur dossier, un document officiel de planification de la continuité des soins (toutefois, voir ci-dessous l'information dans d'autres documents qui indiquait que la planification de la mise en liberté dans la collectivité incluant les soins de santé mentale était souvent effectuée). Ce pourcentage a été calculé à l'issue de l'examen des rapports sur l'essentiel de l'état de santé à la mise en liberté[6] dans OSCAR ou des rapports sur la planification de la continuité des soins de santé mentale dans la collectivité. Il est difficile d'en déterminer la raison. Il est possible que les deux tiers des délinquants n'aient pas eu besoin d'un plan officiel de continuité des soins. Le faible pourcentage peut aussi être attribué aux pratiques de tenue de dossiers électroniques. Par exemple, pendant la période visée par l'étude, le SCC s'affairait à remplacer le SSSM par OSCAR. Cette transition a peut-être eu des répercussions sur les pratiques de tenue de dossiers. Lorsqu'il était disponible, le rapport du plan de continuité des soins de santé mentale dans la collectivité était le seul document contenant tous les renseignements prélibératoires relatifs aux besoins en matière de santé mentale, aux médicaments et aux renvois vers les services de soutien dans la collectivité. Ce document était facile d'accès dans les dossiers du SGD et rédigé dans un langage compréhensible par n'importe quel membre de l'équipe de gestion des cas.

[6] Il est important de souligner que le programme OSCAR a été mis en œuvre en 2017 et qu'il fait actuellement l'objet de modifications par le SCC. En conséquence, seuls les délinquants libérés après sa mise en œuvre pouvaient avoir un Rapport sur l'essentiel de l'état de santé à la mise en liberté.

Tableau 1

Participation au continuum de soins par les délinquants ayant une déficience importante (n = 40)

	% (*n*)
Ont reçu un traitement ou des services de santé mentale pendant l'incarcération	80 (32)
Avaient des besoins en matière de santé mentale à la mise en liberté	73 (29)
Ont bénéficié d'une certaine planification des besoins en matière de santé mentale pour favoriser la réinsertion sociale	86 (25)
Ont reçu un soutien en santé mentale pendant leur période de surveillance dans la collectivité	100 (29)
Critère du continuum de soins complet rempli	69 (20)

En raison de l'état actuel des dossiers électroniques dans le SGD, le SSSM et OSCAR, il a été difficile de déterminer si un besoin de traitement était encore présent, et à quel niveau, et de connaître le degré de soutien requis à la mise en liberté. Si le Rapport sur l'essentiel de l'état de santé à la mise en liberté ou le rapport de planification de la continuité des soins de santé mentale dans la collectivité n'étaient pas disponibles, l'information supplémentaire a été recueillie dans les registres d'intervention pour la grande majorité des délinquants (comme on l'indique au tableau 2, les registres d'intervention ont été consultés pour 98 % des délinquants). Pour une minorité de délinquants (28 %), il a fallu consulter le plan correctionnel prélibératoire pour déterminer la présence de préoccupations actuelles relatives à la santé mentale étant donné que cette information était introuvable dans les autres documents. Même si le registre des interventions contenait souvent de l'information sur les besoins en matière de santé mentale, la planification de la continuité des soins et le soutien dans la collectivité, ce n'est que dans quelques rares cas que l'information fournie était suffisante pour déterminer si le critère du continuum de soins était rempli. En l'absence d'une source de données centrale sur la prestation des services de santé mentale et compte tenu de l'inscription non systématique de cette

information, il a été difficile d'évaluer avec précision le continuum de soins fournis aux délinquants – particulièrement en ce qui concerne la planification de la continuité des soins et le suivi dans la collectivité. En raison de ces problèmes, il est possible que des besoins en matière de santé mentale aient été oubliés et qu'une occasion de fournir le continuum de soins ait été manquée.

Tableau 2

Sources d'information utilisées pour évaluer la planification prélibératoire des besoins en matière de santé mentale et des services dans la collectivité (n = 40)

	Documents consultés	Documents contenant des renseignements pertinents
	% (*n*)	% (*n*)
Notes au dossier	95 (38)	24 (9)
Rapports sur l'essentiel de l'état de santé à la mise en liberté	23 (9)	44 (4)
Autres renseignements dans OSCAR	53 (21)	71 (15)
Registre des interventions	98 (39)	95 (37)
Plan correctionnel	28 (11)	45 (5)

Remarque : En raison de la mise en œuvre récente du système OSCAR en 2017, le nombre de délinquants pour lesquels l'information était disponible est limité.

Analyse

Notre examen des dossiers de délinquants sous responsabilité fédérale qui avaient une déficience importante liée à un trouble mental a révélé que la majorité d'entre eux ont reçu des services de santé en établissement. De plus, la majorité des délinquants qui étaient considérés comme ayant des besoins en matière de santé mentale à leur mise en liberté ont fait l'objet d'une certaine forme de planification de la continuité des soins de santé mentale. En particulier, tous les délinquants ayant des problèmes de santé mentale ont reçu les services dont ils avaient besoin dans la collectivité, que ce soit les services offerts par le SCC ou les services dispensés par le système de santé provincial. Au total, plus des deux tiers des délinquants ont bénéficié du continuum de soins complet. En ce qui concerne l'accès aux soins de santé mentale dans la collectivité, un grand nombre des délinquants de notre échantillon ont pu recevoir des services pris en charge par le système de santé provincial. Cela est considéré comme l'option privilégiée, puisqu'elle permettra d'assurer la continuité des soins après l'expiration du mandat. Il est recommandé de discuter avec les provinces et les territoires en vue d'améliorer l'accès rapide des délinquants aux ressources de santé communautaires à leur mise en liberté.

En ce qui concerne l'inscription des soins de santé mentale ou de la planification de la continuité des soins, l'information a été difficile d'accès en raison des pratiques actuelles de tenue de dossiers. En particulier, il n'est pas possible de tenir complètement à jour les dossiers OSCAR dans la collectivité parce que les soins de santé sont souvent fournis par du personnel autre que celui du SCC qui n'a pas directement accès à la base de données. En outre, par souci de protection des renseignements personnels, les agents de libération conditionnelle et les autres membres de l'équipe de gestion des cas dans la collectivité n'ont pas accès à OSCAR. Il est important de souligner que les Services de santé du SCC s'affairent à mettre en œuvre ce nouveau système de dossier de santé électronique et que des modifications sont prévues pour améliorer l'accès aux données et faciliter leur extraction à partir de la base de données par le personnel des soins de santé du SCC. Nous sommes d'avis que deux aspects de la tenue de dossiers électroniques pourraient être améliorés afin d'assurer un suivi plus efficace du degré de soutien et de service exigé par les délinquants ayant des problèmes de santé mentale, en établissement et dans la collectivité :

- En premier lieu, il faudrait imposer une exigence systématique de déclarer les besoins en

matière de santé mentale à diverses étapes de la peine et que cette information soit entrée dans un seul et même document de façon uniformisée. Cela facilitera l'accès par tous les membres de l'équipe de gestion des cas. Afin d'atténuer les préoccupations relatives à la protection des renseignements personnels, ces dossiers pourraient se concentrer sur le type de soutien requis plutôt que sur les détails du diagnostic de trouble mental. Cette recommandation cadre avec les lignes directrices déjà en place pour la planification de la continuité des soins; toutefois; elles n'ont toutefois pas été mises en œuvre systématiquement pour tous les délinquants ayant des besoins en matière de santé mentale.

- En second lieu, nous recommandons le recours à un indicateur qui alerterait l'équipe de gestion des cas de la nécessité d'amorcer la planification de la continuité des soins bien avant la mise en liberté. Ainsi, le personnel aurait assez de temps pour faire cette planification efficacement dans les cas complexes.

Incidences

Selon la stratégie d'échantillonnage dirigé utilisée pour examiner un groupe de délinquants ayant des besoins importants en matière de santé mentale, il a été déterminé que, pour la plupart d'entre eux, leur dossier indiquait qu'ils avaient bénéficié du continuum de soins complets. Néanmoins, ce constat n'a été possible qu'après l'examen de multiples documents. La tenue de dossiers clairs, cohérents et accessibles est nécessaire pour assurer le suivi permanent de la gamme complète de soins pendant toute la durée du mandat.

Limites

L'échantillon était de petite taille et dirigé, et il ne reflète peut-être pas le continuum de soins complet pour les délinquants selon tous les niveaux de soins. La sélection d'un groupe ayant des besoins élevés pourrait avoir masqué des problèmes liés à la continuité des soins et au manque d'uniformité de la tenue de dossier pour ceux qui ont des besoins moins élevés.

Les besoins en matière de santé mentale sont dynamiques, et il peut être difficile de rendre compte de leur évolution sans l'adoption d'un document précis et accessible aux équipes de gestion des cas, dans lequel ces changements peuvent être consignés systématiquement.

Puisque l'on a utilisé trois systèmes d'enregistrement électronique des besoins en matière de santé mentale (SGD, SSSM et OSCAR) pendant la période visée par l'étude, il est possible que la probabilité de lacunes dans les données soit accrue, notamment en raison de l'adoption récente

du système OSCAR et de l'abandon du SSSM.

Bibliographie

Baron, M., B. Erlenbusch, C. F. Moran, K. O'Connor, K. Rice, J. Rodriguez et J. Salazar. (2008). *Manual for discharge planning: Mental health and substance abuse facilities, hospitals, foster care, and prisons and jails*, Los Angeles Coalition to End Hunger & Homelessness: Los Angeles, California, USA. The California Endowment.

Beaudette, J.N., J. Power et L. A. Stewart. (2015). *La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis (Rapport de recherche, R-357)*, Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada.

Brown et coll. (sous presse). *Women's mental health prevalence study: A summary of the intake and in-custody sample findings* (Rapport de recherche, R-xxx), Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada.

Derkzen, D., J. Barker, K. McMillan et L. Stewart. (2017). *Prévalence des troubles mentaux actuels chez les délinquantes détenues au SCC* (ERR-16-23), Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada.

Farrell MacDonald, S., L. A. Stewart et S. Feeley, S. (2014). *Incidence de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC) (Rapport de recherche R-337)*, Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada.

Fazel, S., A. J. Hayes, K. Bartellas, M. Clerici et R. Trestman. (2016). « The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions », *The Lancet. Psychiatry*, 3(9), p. 871–881. http://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0

Kesten, K.L., E. Leavitt-Smith, D.R. Rau, D. Shelton, W. Zhang, J. Wagner et R. L Trestman. (2012). « Recidivism rates among mentally ill inmates: Impact of the Connecticut Offender Reentry Program » *Journal of Correctional Health Care*, 18(1), p. 20-28.

Mayfield, J. (2009). *The Dangerous Mentally Ill Offender program: Four-year felony recidivism*

and cost effectiveness, Olympia : Washington State Institute for Public Policy.

Partenariat fédéral-provincial-territorial. (2012). *Stratégie sur la santé mentale en milieu correctionnel au Canada*, Canada.

Service correctionnel du Canada. (2017). *Rapport d'évaluation : Services de santé du SCC*, Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada.

Service correctionnel du Canada. (2014). *Lignes directrices sur la planification de la continuité des soins et les transfèrements*, Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada.

Service correctionnel du Canada. (2012). *Vers un continuum de soins, Stratégie en matière de santé mentale du Service correctionnel du Canada*, Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada.

Service correctionnel du Canada. (2012). *Mental Health Tracking System (MHTS): National Coding Manual*, Ottawa (Ontario) : Direction de la santé mentale, Service correctionnel du Canada.

Thompson, J., M. Lutfy, D. Derkzen et M. Bertrand. (2015). *Les besoins des délinquantes sous surveillance dans la collectivité (Rapport de recherche R-338)*, Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada.

Wang, E. A., C. S. Hong, L. Samuels, S. Shavit, R. Sanders et M. Kushel. (2010). « Transitions Clinic: Creating a community-based model of health care for recently released California prisoners », *Public Health Reports*, 125(2), p. 171-177. doi:10.1177/003335491012500205

Annexe A : Analyse supplémentaire

Tableau A1

Profil des délinquants, par groupe

	Exclus de l'examen des dossiers ($N = 28$)	Inclus dans l'examen des dossiers ($N = 40$)
	% (n) ou M (ET)	% (n) ou M (ET)
Profil démographique		
Âge (ans)	37 (12)	36 (12)
Homme	46 (26)	54 (30)
Femme	0 (0)	100 (10)
Autochtone	†	79 (11)
Non-Autochtone	46 (24)	54 (28)
Région d'admission		
Atlantique	59 (10)	41 (7)
Québec	54 (7)	46 (6)
Ontario	0 (0)	100 (8)
Prairies	40 (8)	60 (12)
Pacifique	†	88 (7)
Profil des risques/besoins		
Risque statique		
Faible	†	71 (5)
Moyen	43 (12)	57 (16)
Élevé	39 (12)	61 (19)
Besoin lié aux facteurs dynamiques		
Faible	0 (0)	0 (0)
Moyen	44 (8)	56 (10)
Élevé	38 (18)	63 (30)
Potentiel de réinsertion sociale		
Faible	33 (9)	67 (18)
Moyen	44 (15)	56 (19)
Élevé	†	†
Peine		
Moins de 4 ans	51 (21)	49 (20)
Plus de 4 ans	20 (5)	80 (20)
Durée indéterminée	0 (0)	0 (0)
Infraction la plus grave liée à la peine		
Avec violence	29 (13)	71 (32)
Sans violence	62 (13)	38 (8)
Type de mise en liberté		
Discrétionnaire	52 (13)	48 (12)
Non discrétionnaire	32 (13)	68 (28)

Tableau A1 *Suite*

	Exclus de l'examen des dossiers ($N = 28$)	Inclus dans l'examen des dossiers ($N = 40$)
	% (n) ou M (ET)	% (n) ou M (ET)
Exercice de la mise en liberté		
2012-2013	†	0 (0)
2013-2014	62 (8)	38 (5)
2014-2015	60 (9)	40 (6)
2015-2016	50 (6)	50 (6)
2016-2017	0 (0)	100 (19)
2017-2018	†	†

† nombres supprimés en raison d'une fréquence inférieure à 5.

Tableau A2

Diagnostic actuel de santé mentale, par groupe

Trouble	Exclus de l'examen des dossiers ($N = 27$)	Inclus dans l'examen des dossiers ($N = 40$)
	% (n)	% (n)
Trouble mental majeur	100 (27)	100 (40)
Trouble bipolaire I	19 (5)	15 (6)
Trouble bipolaire II	†	†
Trouble dépressif majeur	46 (12)	53 (21)
Trouble psychotique	31 (8)	38 (15)
Troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances[a]	88 (23)	88 (35)
Trouble anxieux	62 (16)	68 (27)
Trouble de l'alimentation	0 (0)	†
Jeu pathologique	†	†
Trouble de la personnalité limite	62 (16)	63 (25)
Trouble de la personnalité antisociale	65 (16)	75 (30)

† Nombres supprimés en raison d'une fréquence inférieure à 5.

[a] Le diagnostic de troubles liés à la consommation de substances (toxicomanie) repose sur des estimations pour la vie entière.

Annexe B : Manuel de codage du continuum de soins

Numéro SED du délinquant : _____

DÉLINQUANTS MIS EN LIBERTÉ

Pour l'examen du dossier – D'abord, limitez l'examen aux premiers rapports de fin de traitement créés avant et après la mise en liberté (se rapprochant le plus de la date de mise en liberté). Si vous ne trouvez pas toute l'information, élargissez ensuite votre examen aux autres résumés de la continuité des soins et aux registres des interventions. Dans les registres des interventions, vous devrez faire une recherche avec les mots clés suivants : santé mentale, psychologie, santé mentale dans la collectivité, médicament, anti-, etc. S'il manque toujours de l'information, vérifiez toutes les sources de données examinées dans la dernière question.

1. Est-ce que le dossier contient un plan prélibératoire de continuité des soins?

    1. Oui (date du premier plan rempli, si elle est disponible) : _____

    2. Non

    Source des données : _____

2. Est-ce que le dossier contient des documents concernant le soutien en matière de santé mentale dans la collectivité après la mise en liberté?

    1. Oui (date du premier document rempli, si elle est disponible) : _____

    2. Non

    Source des données : _____

3. Est-ce que le dossier contient des documents indiquant l'absence de besoin en matière de santé mentale?

    1. Oui (date du premier document rempli, si elle est disponible) : _____

    2. Non

    Source des données : _____

4. Est-ce que le chercheur estime que le critère relatif au continuum de soins est rempli?

    1. Oui

    2. Non

5. Indiquez le type de documents qui traitent des besoins en matière de santé mentale et du soutien fourni :

_____

_____

6. Pour la période prélibératoire, indiquez si le dossier contient l'information suivante :

a. Est-ce que des renvois ou des demandes concernant l'accès aux services de santé mentale dans la collectivité, notamment les suivants, sont consignés dans le dossier? ***[Cochez toutes les réponses pertinentes.]***

	Oui	Non	Inconnu		Source des données de la première mention	Date
Demande de carte de santé				A déjà sa carte		
Renvoi à un omnipraticien pour suivi				[redacted]		
Renvoi à un spécialiste en santé mentale en dehors du SCC						
Renvoi aux SSMC						
Renvoi à des services pour toxicomanie						
Services résidentiels						
Substitution aux opioïdes						
Autre (veuillez préciser) : _____						
Sans objet – Veuillez fournir la raison (p. ex. dossier faisant état d'une amélioration de la santé mentale) : _____						

b. Quelles mesures de mise en œuvre sont mentionnées dans le rapport? ***[Cochez toutes les réponses pertinentes.]***

	Oui	Non	Inconnu	Source des données de la première mention	Date
Renvois acceptés/exécutés					
Certains renvois acceptés/exécutés					
Transfert à l'agent de libération conditionnelle					
Transfert au personnel en santé mentale du SCC dans la collectivité					
Le délinquant est responsable de la mise en œuvre					

Le planificateur de la continuité des soins fera un suivi auprès du délinquant après la mise en liberté (on ne sait pas si cela sera fait, mais nous vérifierons si ça a été noté – nous coderons cette mesure comme « prévue » plutôt que « inscrite » – quand le suivi a eu lieu)						
Sans objet – Veuillez fournir la raison (p. ex. les dossiers font état d'une amélioration de la santé mentale) : _____						

c. Si le délinquant prenait des médicaments pendant son incarcération, est-ce que ces médicaments lui ont été prescrits pour la période postlibératoire dans le cadre de la planification de la continuité des soins?

1. Oui
2. Non
3. Sans objet [aucun médicament]
4. Inconnu

Si oui, pour combien de semaines? : _____

Source des données : _____ Date : _____

Si oui, est-ce qu'il y a un plan de renouvellement de l'ordonnance?

1. Oui
2. Non
3. Inconnu

Source des données : _____ Date : _____

7. Pour la période postlibératoire, indiquez si le dossier contient l'information suivante :

*a. Est-ce que des renvois ou des demandes concernant l'accès aux services de santé mentale dans la collectivité, notamment les suivants, sont consignés dans le dossier? **[Cochez toutes les réponses pertinentes.]***

	Oui	Non	Inconnu		Source des données de la première mention	Date
Demande de carte de santé				A déjà sa carte		
Renvoi à un omnipraticien pour suivi				[redacted]		
Renvoi à un spécialiste en santé mentale en dehors du SCC				[redacted]		
Renvoi aux SSMC				[redacted]		

Renvoi à des services pour toxicomanie						
Services résidentiels						
Substitution aux opioïdes						
Autre (veuillez préciser) : _____						
Sans objet – Veuillez fournir la raison (p. ex. dossier faisant état d'une amélioration de la santé mentale) : _____						

b. Quelles mesures de mise en œuvre sont mentionnées dans le rapport? ***[Cochez toutes les réponses pertinentes.]***

	Oui	Non	Inconnu	Source des données de la première mention	Date
Renvois acceptés/exécutés					
Certains renvois acceptés/exécutés					
Transfert à l'agent de libération conditionnelle					
Transfert au personnel en santé mentale du SCC dans la collectivité					
Le délinquant est responsable de la mise en œuvre					
Le planificateur de la continuité des soins fera un suivi auprès du délinquant après la mise en liberté (on ne sait pas si cela sera fait, mais nous vérifierons si ça a été noté – nous coderons cette mesure comme « prévue » plutôt que « inscrite » – quand le suivi a eu lieu)					
Sans objet – Veuillez fournir la raison (p. ex. les dossiers font état d'une amélioration de la santé mentale) : _____					

c. Le délinquant a-t-il été en mesure d'obtenir ses médicaments dans les deux semaines suivant sa mise en liberté?

5. Oui
6. Non
7. Sans objet [aucun médicament requis]
8. Inconnu

7. A-t-on noté ces obstacles dans **TOUT** plan de continuité des soins, y compris les suivants?

[*Cochez toutes les réponses pertinentes.*]

	Oui	Non	Inconnu	Source des données

Changement du lieu de mise en liberté				
Renvois refusés par un spécialiste/service de santé mentale en dehors du SCC				
Renvois refusés par le professionnel/service de santé mentale au SCC				
Refus des services par le délinquant				
Non-participation du délinquant				
Autres obstacles **(veuillez les énumérer dans les rangées ci-dessous) :**				

8. S'il n'y a aucun document indiquant la prestation de services de santé mentale à un moment ou à un autre, veuillez cocher les types de documents examinés :

- o Résumé de fin de traitement
- o Journal du registre des interventions
- o _____